

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

380

POUR

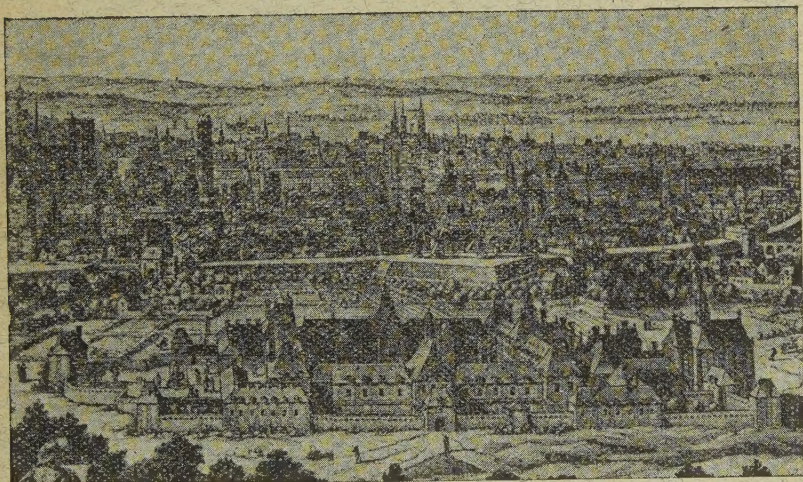
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger SCHWAB

Né à Montbéliard, le 21 février 1889.

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT
DE LA LANGUE



Président : M. GAUCHER, professeur.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI)

1911

380

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR

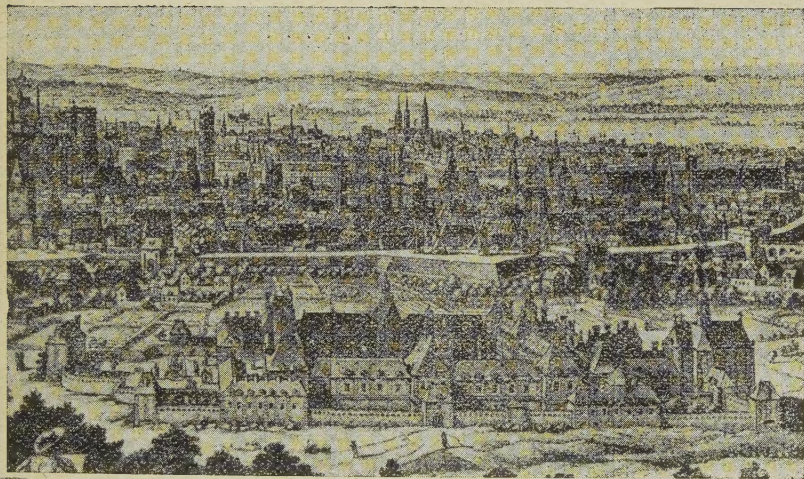
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger SCHWAB

Né à Montbéliard, le 21 février 1889.

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT
DE LA LANGUE



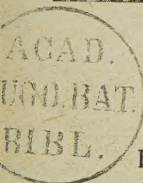
Président : M. GAUCHER, professeur.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI)

1911



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN PROFESSEURS		M. LANDOUZY MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		{ WIDAL
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		MARFAN
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		{ HAYEM
Clinique médicale		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
		{ DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

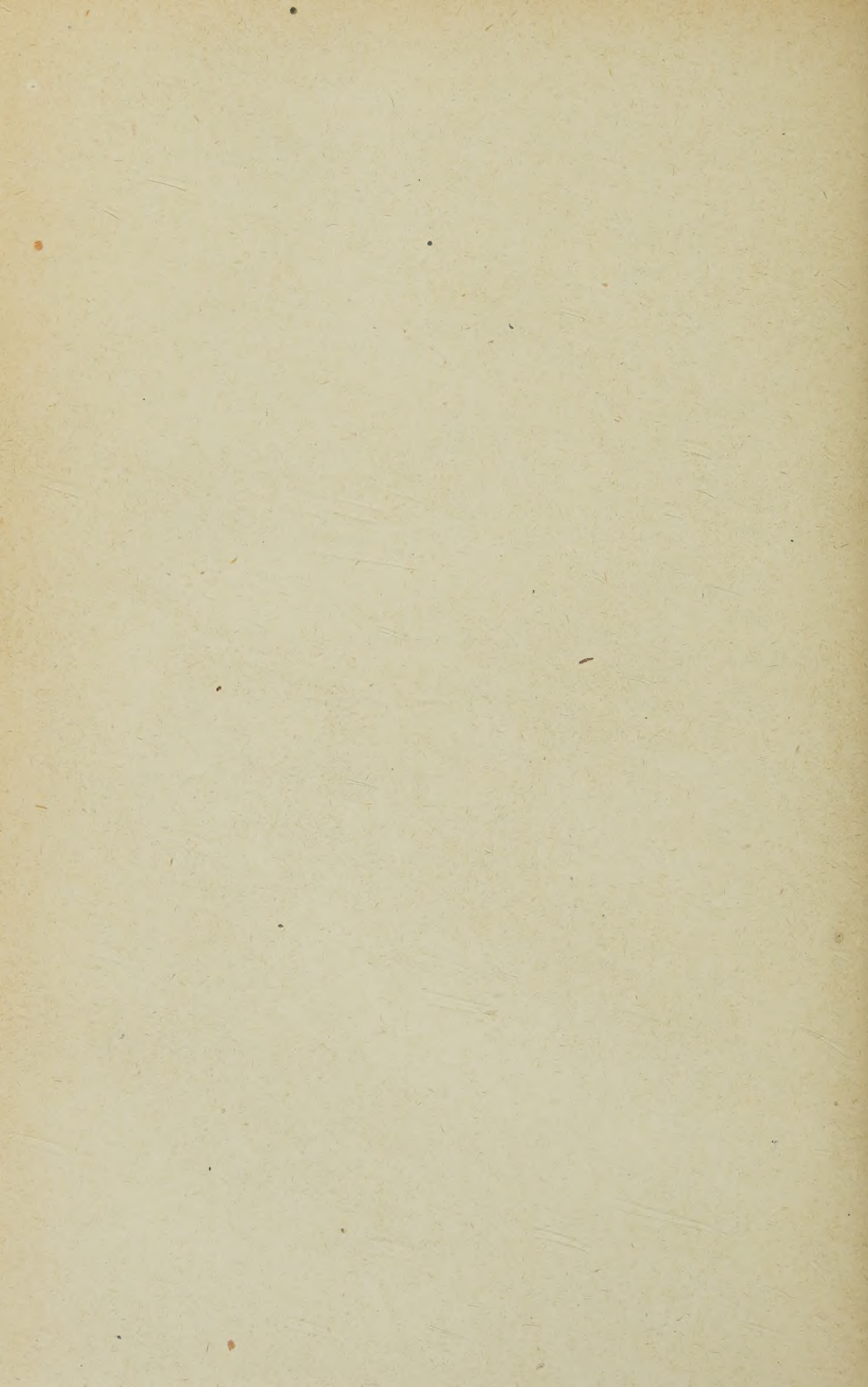
Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFENEAU
CLAUDE	LANGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS



A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANCY

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

Ancien Professeur de Clinique Médicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur des Maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur .

A qui nous sommes heureux de
pouvoir exprimer ici notre recon-
naissance pour son enseignement si
profitable et pour la bienveillance
avec laquelle il voulut bien nous
accueillir dans son service de l'hôpi-
tal Saint-Louis.

lingual récidivant est bien connu depuis que M. le Professeur Fournier l'a identifié. Nous lui emprunterons d'ailleurs dans le cours de ce modeste travail, une grande partie de ses descriptions.

Depuis 1887, l'attention des médecins a été attirée sur l'importance qu'il y avait à dépister l'Herpès lingual récidivant à cause des déboires et des ennuis que cette affection peut occasionner autant au médecin qu'au malade. Le malade est désespéré devant la récurrence des lésions et l'inutilité des soins ; quant au médecin, il ne comprend plus rien à l'inefficacité du traitement qu'il prescrit.

Nombre de médecins l'ont confondu, en particulier chez des sujets *syphilitiques*, avec des manifestations de cette maladie et leur traitement n'a eu, à leur grand émoi, et malgré leurs prescriptions minutieuses, aucun effet curatif sur cette affection, et même dans certains cas, un effet plutôt nocif.

Nous insisterons donc plus spécialement, tout en voyant l'Herpès lingual récidivant en général, sur l'Herpès lingual récidivant chez des syphilitiques et nous montrerons que, dans ce cas, il est d'importance capitale, de bien faire le diagnostic de l'origine des lésions de la langue, car le traitement spécifique n'est pas fait pour éviter les récurrences d'Herpès, bien au contraire, comme nous le verrons plus loin.

Il nous semble donc intéressant et important de réunir ici ce que nous avons pu trouver sur cette maladie dans la littérature médicale.

PLAN

Nous commencerons par exposer brièvement dans un premier chapitre, quelques considérations générales sur l'herpès; nous parlerons de l'étiologie de cette affection, des processus pathologiques qui peuvent l'engendrer, des signes et du diagnostic de ces lésions.

Dans un deuxième chapitre, nous passerons en revue les herpès récidivants en général; nous parlerons des différentes localisations de l'herpès sauf les localisations sur la langue.

Nous citerons à cet endroit les observations d'herpès lingual récidivant que nous avons trouvées et dans un troisième chapitre, nous traiterons de l'herpès lingual récidivant; nous verrons quel rapport la syphilis peut avoir avec cette affection.

Nous noterons les différents phénomènes nerveux qui peuvent accompagner ou même précéder l'éclosion de l'herpès; nous en ferons ensuite le diagnostic qui est très important et nous donnerons quelques traitements usités jusqu'à présent mais peu efficaces.

CHAPITRE PREMIER

L'Herpès en général.

L'étymologie du mot herpès vraiment curieuse, explique la diversité et le nombre des lésions qu'on a décrit de tout temps sous son nom.

Herpès vient d'un mot grec dont la racine *herp* exprime l'acte d'harponner, de cramponner, d'agripper. La terminaison *ès* indique l'agent susceptible de se cramponner. Donc herpès signifie agent qui s'accroche à une surface, en tirant sur cette surface.

Or l'idée d'un agent qui s'accroche, qui agrippe, s'associe assez facilement avec l'idée de démangeaison et avec l'acte de piquer, de ronger; c'est alors qu'herpès devient le synonyme d'érosion, d'ulcération, car on prend très souvent comme définition d'un agent, les conséquences de ses actes.

On peut donc affirmer que herpès veut dire, selon ses développements successifs : cramponneur, grimpeur; puis agent qui cause des démangeaisons, d'où par métonymie, prurit et par métaphore, herpès, maladie de la peau; ensuite agent qui ronge, d'où par les mêmes figures, érosion et ulcération,

Les anciens étymologistes semblent avoir négligé ce point de vue dans leurs définitions, car ils placent dans celles-ci tout au premier rang un caractère étranger à l'idée première : la *vésicule*.

Willan définit l'herpès « une maladie vésiculeuse à caractères particuliers » ; on ne voit dans cet énoncé aucune trace de l'idée de prurit, d'ulcération. Ses disciples conservèrent cette définition.

Devergie conserve comme caractère la présence d'une vésicule, mais revient aussi à l'idée première du sens d'herpès « maladie cutanée à marche chronique et rampant pour ainsi dire à la surface de la peau. ». Il appelle herpès, toute maladie vésiculeuse de sa nature, qui s'étend en surface par sa circonférence au moyen d'un cercle ou d'un bourrelet morbide.

Aujourd'hui on a accepté le fond de cette définition, mais on en a encore restreint le sens.

L'herpès ne désigne plus qu'un type éruptif caractérisé par des groupes de vésicules miliaires siégeant sur une base rouge.

Fournier le définit « une dermatose aiguë, vésiculeuse, se produisant en bouquet sur une région circonscrite, et évoluant d'une façon cyclique, rapide et bénigne ».

M. le Professeur Gaucher donne la définition suivante : « C'est une lésion cutanée, inflammatoire, vésiculeuse, dans laquelle les vésicules sont assez volumineuses, de forme arrondie, réunies par groupes distincts, qui reposent sur une base erythémateuse et

congestive et sont séparées par des intervalles de peau saine ».

Maintenant que nous avons donné une définition de l'herpès, nous allons essayer de donner une description générale de l'éruption herpétique (Nous la ferons, d'après la description donnée, par M. le professeur Gaucher).

L'éruption est presque invariablement précédée, sans toutefois parler de prodromes fébriles qui ne sont pas constants, sur les points qui vont être atteints, d'un malaise, d'une sensation de prurit, de picotements et même quelquefois de véritables douleurs, comparables à celles qu'on observe dans le zona. Ce malaise est variable comme intensité, même quelquefois insignifiant. Puis rapidement, la peau rougit, se tuméfie par places et, sur ces plaques rouges, on voit se produire des soulèvements épidermiques vésiculeux.

Nous sommes donc à présent au stade des vésicules. Celles-ci au début, sont très petites, miliaires, mais peu à peu leur volume augmente jusqu'à devenir de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un gros pois. Ces vésicules ont ceci de différentiel avec l'eczéma : c'est qu'elles sont agglomérées, mais jamais confluentes.

Les vésicules, comme nous l'avons dit, se disposent par groupes, et reposent sur une surface rouge et tuméfiée. Le nombre, l'étendue et la configuration des groupes est très variable. D'habitude, ils

sont arrondis, d'autres fois, plus rarement, ils sont en traînées selon la remarque de Devergie.

Parfois on voit des vésicules isolées, aberrantes, solitaires, dans les espaces qui séparent les groupes herpétiques.

Cette vésicule herpétique évolue ensuite de la façon suivante :

Au début elle est claire et transparente. Du troisième au sixième jour son contenu se trouble et devient opaque par l'accumulation de leucocytes dans sa cavité. Puis rapidement l'humeur opaque se concrète et on obtient des croûtes tantôt jaunâtres, tantôt brunâtres, tantôt noirâtres s'il y a une certaine quantité de sang dans la vésicule. La croûte ainsi formée, tombe au bout de quelques jours et à sa place apparaît une macule rouge ou une exulcération qui se cicatrise rapidement. Cette formation croûteuse s'observe uniquement dans l'herpès de la peau; mais sur les muqueuses ou sur les régions de la peau humides comme des muqueuses, comme les parties génitales, on observe d'emblée après la rupture des vésicules, une ulcération superficielle; jamais on n'a de croûtes sur ces muqueuses ou pseudo-muqueuses, quand l'enveloppe pelliculaire est détachée, on constate une érosion rouge présentant ça et là, sur quelques points de sa circonférence, des lambeaux blanchâtres, qui sont les derniers vestiges de la pellicule vésiculaire. Cet aspect se rencontre fréquemment sur la langue où l'on peut

même voir quelquefois les érosions entièrement circonscrites par un liseré blanc.

Aux parties génitales, les exulcérations sont isolées, arrondies ou réunies les unes aux autres, sous forme d'une érosion plus ou moins large. Dans ce cas-là qui est d'ailleurs aussi celui des autres muqueuses, et en particulier et surtout celui de la langue, l'ulcération est comme l'a si bien dit le professeur Fournier, *microcyclique* et *polycyclique*. Expliquons ces deux mots qui sont si caractéristiques : nous avons dit que l'ulcération était formée par la réunion de petites ulcérations dont la grosseur va jusqu'à une lentille. Les ulcération périphériques donneront la forme de l'ulcération totale, qui sera par suite formée de petits cercles, ou plutôt de demi-cercles, ce qui explique le mot *microcyclique*. Comme le contour de l'ulcération est formée par une foule de ces petites demi-circonférences, il sera donc *polycyclique*.

Sur la muqueuse de la gorge, ces ulcérations se recouvrent d'une pellicule blanchâtre, sorte d'enduit pseudo-membraneux, qui constitue l'angine herpétique ou angine couenneuse commune.

Quant à la durée de chaque groupe vésiculeux, il est d'environ une dizaine de jours ; mais il peut se produire des éruptions successives les unes à côté des autres, de sorte que la maladie est souvent prolongée pendant un temps plus long.

Voyons à présent les différentes conditions étiologiques de l'herpès.

Tout d'abord, au début, ou au cours, ou à la fin de certaines maladies fébriles infectieuses, on observe assez souvent l'herpès comme phénomène secondaire. Cet herpès symptomatique est connu sous le nom d'herpès critique, quand son apparition a lieu à la fin d'une maladie.

La localisation de cet herpès symptomatique est toujours para-muqueux, c'est-à-dire qu'il siège autour des orifices des muqueuses.

Aux lèvres, par exemple : herpès labial; autour des narines : herpès nasal. Vulgairement, ce sont les éruptions appelées boutons de fièvre.

On observe aussi ce genre d'éruption hérpétique, dans différentes maladies, comme l'embarras gastrique fébrile, la fièvre éphémère et la synoque dans ces états fébriles infectieux qui sont intermédiaires entre l'embarras gastrique et la fièvre typhoïde.

On l'observe aussi dans la pneumonie, la méningite cérébro-spinale : ici il peut siéger, contrairement aux herpès para-muqueux, sur toutes les parties de la face; puis dans la fièvre typhoïde, la fièvre palustre. Il peut aussi être considéré comme un phénomène d'auto-intoxication, quand il n'est pas sous la dépendance d'une maladie infectieuse : c'est ainsi qu'on peut comprendre l'herpès cataménial.

Après ces herpès qui sont d'origine infectieuse,

nous avons l'herpès fébrile qui est indépendant de toute autre affection.

On observe dans cette variété, simplement une fièvre plus ou moins vive et une abondante éruption d'herpès. C'est ce qu'on peut appeler la fièvre herpétique. La température peut s'élever jusqu'à 40 degrés et on observe alors du délire; puis au bout de deux ou trois jours, la fièvre tombe et l'éruption apparaît.

Comme localisation, c'est un herpès cutané disséminé. Il occupe les joues, le nez, les paupières, les oreilles et rarement il envahit le reste du corps.

Dans d'autres cas la fièvre herpétique affecte les muqueuses : par exemple, on observe des vésicules dans la bouche; ces vésicules se rompent et deviennent très douloureuses.

Il y a une autre forme d'herpès qui, en raison de sa pathogénie, de sa distribution éruptive, constitue en réalité une maladie spéciale, c'est le *zona* ou *herpès zoster*, maladie connue autrefois sous le nom de feu de Saint-Antoine.

Nous ne parlerons pas ici de cette affection, le cadre de ce travail est trop restreint.

Les différentes variétés étiologiques d'herpès que nous venons de voir peuvent être réunies sous le nom d'Herpès de cause interne. A côté de cette classe, nous avons les herpès de cause externe. Cette forme d'herpès est souvent le résultat d'irritations extérieures, chez des individus prédisposés et chez lesquels une sorte d'idiosyncrasie favorise le dévelop-

pement de l'éruption. Parfois ces herpès sont contagieux ; ce seraient alors des herpès de nature parasitaire ou microbienne. Mais la contagion, comme l'irritation extérieure, n'ont d'action que sur des peaux ou des muqueuses aptes à contracter l'herpès et l'on ne peut méconnaître l'influence d'un état constitutionnel prédisposant sur le développement de cet herpès. Il siège sur les organes génitaux : prépuce, vulvè, la plupart du temps. Mais dans ce groupe, la classe la plus importante constituant pour ainsi dire tout le groupe, c'est la classe des herpès récidivants dont nous allons parler dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

L'herpès récidivant.

Historique. — C'est Fuchs qui, le premier, a parlé de récédive dans les herpès à répétition pseudo-syphilitiques. Devergie en parle succinctement de même qu'Erasmus Willson qui déclare que l'herpès survient après une irritation antérieure, chancre ou blennorrhagie, dans le cas des organes génitaux par exemple.

En 1868, Bazin parle de l'herpès successif chronique. « C'est une affection phlycténoïde de la peau et des muqueuses, remarquable par sa ténacité et ses fréquentes récédives; c'est une arthritide commune ».

Doyon, Hébra mentionnent les récédives de l'herpès.

Tilbury Fox rattache l'herpès récidivant à l'irritation des troncs nerveux chez un syphilitique.

Piffard parle de ses différences avec le zona (unilatéral).

Bertholle, en 1876, en parle dans la *gazette des hôpitaux* et donne une observation d'herpès récidivant de la peau, précédée d'herpès récidivant de la bouche et de la verge.

Julien et Donaud insistent sur la contagion.

Neumann, Kaposki, Schwimmer le mentionnent succinctement.

H. V. Hebra soutient l'origine nerveuse.

Le professeur Gaucher en fait une éruption de cause externe.

Diday et Doyon viennent ensuite, et Fournier avec ses leçons cliniques sur l'herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques.

Etiologie. Pathogénie. — Les principaux herpès récidivants siègent surtout, à part la langue dont nous parlerons dans le chapitre suivant, sur les organes génitaux, sur les lèvres, l'anus et la peau.

Voyons tout d'abord leur origine.

Il y a des causes occasionnelles, variant avec le siège de la lésion : nous les verrons plus loin. Mais le fait capital sur lequel nous devons insister, c'est que la *diathèse arthritique* est une cause d'éruption herpétique.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, ont admis la diathèse arthritique.

Doyon a dit : « Tous les herpétiques sont des arthritiques ou des descendants de goutteux ou de rhumatisants, sujets ayant eu, ayant actuellement ou devant sous peu avoir d'autres manifestations soit arthropathiques générales, soit et surtout cutanées, toutes causes révélatrices de la diathèse dont nous parlons ».

Quant à la syphilis elle est à notre avis une des

causes importantes de cette récurrence de l'Herpès. Par suite de l'irritation des organes, soit par le traitement, soit des nerfs par la syphilis, on observe très souvent, pour ne pas dire dans la majeure partie des cas, l'herpès récidivant chez des syphilitiques.

Voyons à présent pour nous rendre compte des causes occasionnelles, les différentes localisations de l'herpès récidivant.

L'herpès récidivant du prépuce est provoqué généralement par le coït; chez certains individus, après chaque coït, on voit se développer une poussée d'herpès et ceci quand même la femme avec qui ils ont des rapports est la même chaque fois. Chez d'autres individus, une poussée d'herpès apparaît chaque fois qu'il y a rapport avec une nouvelle femme. Cette affection récidivant si facilement exerce une influence déplorable sur l'état moral des malades, qui à chaque poussée, croient à une maladie vénérienne.

Pour MM. Diday et Doyon, cet herpès récidivant serait la conséquence à longue échéance d'un chancre simple. Pour ces auteurs les individus atteints d'herpès récidivant auraient tous eu un chancre mou. M. le Professeur Gaucher, à ce sujet, n'émet pas la même opinion. « Il est certain, dit-il, que quelques-uns des malades ont été affectés antérieurement d'une autre affection vénérienne, quelquefois d'un chancre simple, mais souvent l'herpès se développe chez des

individus prédisposés et qui n'ont eu ni chancre mou, ni blennorrhagie, ni chancre syphilitique ».

L'herpès récidivant peut donc résulter d'une maladie vénérienne antérieure, mais cette dernière n'est pas d'une nécessité absolue. Parfois même l'herpès accompagne d'autres manifestations vénériennes : par exemple, l'herpès peut exister et coexister assez fréquemment avec un chancre syphilitique.

Chez la femme l'herpès de la vulve s'observe pour les mêmes raisons. L'éruption prend naissance après le coït et surtout après des excès de coït. Quelquefois même, on observe contagion par le coït : une femme ayant des rapports avec un homme atteint d'herpès, contracte des poussées d'herpès.

Dans quelques cas, l'accumulation de sébum à la face interne des grandes lèvres, la présence d'écoulements leucorrhéiques ou blennorrhagiques déterminent l'apparition d'herpès. Le chancre lui aussi comme chez l'homme, peut être une cause de cette maladie. Sur les lèvres, sur la peau et en particulier sur les joues et sur les fesses, l'herpès récidivant est fréquent. Une chose est à remarquer : chez le même sujet, à chaque récurrence, il atteint toujours la même région. Chez certains individus par exemple, il siège toujours à la face, chez d'autres aux lèvres, etc.

D'autre part, il a un caractère particulier, c'est que la plupart du temps, c'est un herpès névralgique comparable au zona.

Quant à l'action locale de la syphilis, indépendam-

ment de l'action générale qu'elle peut exercer, elle s'observe principalement dans la bouche et sur la langue. Nous verrons en détail cette étiologie dans notre prochain chapitre.

Nous venons donc de voir les causes de l'herpès récidivant; voyons à présent ses caractères, sa marche, ses symptômes.

L'herpès récidivant, nous le savons, est comme l'herpès simple, caractérisé par une vésicule qui, en très peu de temps, aboutit à l'érosion. Mais ici le trait essentiel de la marche clinique est la *récidive*.

Nous ne parlerons plus, comme symptôme possible, d'une lésion vénérienne ou générale antérieure : chancre, blennorrhagie, syphilis, etc. ; nous passerons en revue uniquement les signes de l'affection elle-même, car nous avons vu que parfois la maladie s'installe sans cause appréciable, présente ou passée, et récidive de la même façon.

Avant apparition de toute éruption, il existe une période prodromique de 2 à 5 jours, qui consiste en cuisson, prurit aux endroits qui seront les futurs sièges de l'affection. Même dans l'herpès récidivant douloureux, les douleurs s'irradient dans les territoires voisins. A partir de ce moment, l'éruption marche comme une éruption d'herpès simple et nous ne recommencerons pas ici la description que nous avons faite dans le chapitre de « l'herpès en général ».

Les ulcérations durent un temps variable suivant

que le malade subit ou non un traitement. Tout disparaît enfin; il peut quelquefois subsister quelques petites cicatrices très souples. C'est alors qu'apparaît le phénomène capital de la récursive. Celle-ci se fait par poussées espacées de huit jours à un mois, quelquefois plus, parfois subintrantes.

Ces récursives peuvent durer des années et des années, comme nous le constatons dans nos observations : 14 ans dans le cas de M. Dubreuilh, 10 ans dans celui de M. Sabrazès, 6 ans dans celui de M. Du Castel, etc. Chez certains malades, il peut même y avoir des périodes plus ou moins longues, un an dans le cas de M. Flatau, où le malade a été indemne de toute éruption.

La marche de l'herpès récursif est donc essentiellement chronique. Mais il semble que l'âge peut avoir une influence favorable sur la marche de la lésion : plus le malade vieillit, plus, en général, il voit ses récursives diminuer de fréquence et de gravité.

Quelques complications pendant le cours de ces multiples récursives sont pourtant à craindre.

Chez un malade par exemple qui n'a pas la syphilis et dont par conséquent l'herpès récursif a une autre étiologie, il peut arriver que, dans ses rapports avec un sujet syphilitique, les érosions d'herpès constituent une porte d'entrée pour la syphilis; il en est ainsi pour toute affection transmissible de cette façon-là.

De plus, chez certains malades, l'élément névralgie

est porté à un degré extrême et constitue la maladie plus que l'éruption elle-même qui devient secondaire. Il arrive que, chez ces derniers malades et dans la plupart des cas, même où il n'y a pas de névralgie, le sujet devient la proie de l'hypocondrie qui peut le pousser à des actes bizarres, qui vont même jusqu'au suicide. Le pronostic de cette affection est donc variable, suivant les malades, et suivant les complications qui peuvent survenir.

Quelques mots du diagnostic des divers herpès récidivants compléteront nos notions sur ce sujet.

L'herpès cataménial se distingue très facilement; son diagnostic, malgré sa localisation sur tout le corps : cou, sein, lèvres, etc., est habituellement posé par le sujet qui en est atteint.

Quant à l'herpès génital récidivant de l'homme, il est plus délicat ; chez un malade qui a eu déjà plusieurs poussées, les différents troubles de la sensibilité, qui précèdent l'éruption, l'évolution spéciale du mal, ses lésions vésiculeuses habituellement nettes, ne laissent place à aucun doute.

Mais la lésion irritée artificiellement pourrait donner lieu à des hésitations et prêter confusion avec un chancre mou ou un chancre spécifique.

Nous avons vu que l'herpès était précédé par une période douloureuse, agaçante, qui n'appartient pas aux autres lésions. De plus l'herpès ulcéreux, même irrité, n'atteint jamais la profondeur du chancre mou qui a des bords élevés, décollés, rejetés en dehors,

alors que dans l'herpès, ils ne dépassent jamais l'épaisseur de l'épiderme. La surface de l'ulcération chancrreuse est couverte de pus liquide ou concret, et on y trouve des bourgeons volumineux et irréguliers; celle de l'herpès est recouverte par une membrane grisâtre, légèrement diphtéroïde; on n'y trouve pas de bourgeons.

Cette différenciation est très facile à faire quand il s'agit d'un chancre mou typique, mais il est de ces chancres à leur début qui sont très superficiels et l'on est alors embarrassé; on est obligé dans ce cas de faire la recherche du bacille de Ducrey.

Les différences entre l'ulcération herpétique et le chancre syphilitique sont plus nettement accusées,

Le chancre est arrondi, ovalaire ou en voilet; sa surface est arrondie, excavée légèrement et déprimée en godet, sans décollement des bords; le centre est recouvert d'une membrane diphtéroïde qu'entoure, un anneau rouge foncé et, fait capital, la base présente surtout en certains points une dureté chondroïde. Pourtant il existe parfois une induration inflammatoire de l'ulcération herpétique qui peut prêter à confusion avec l'induration du chancre syphilitique.

On peut encore trouver un élément de diagnostic entre ces différentes lésions par l'examen des sécrétions.

L'herpès fournit une sérosité abondante.

Le chancre mou suppure.

Le chancre syphilitique reste sec et improductif.

« En comprimant entre les doigts la base des diverses ulcérations, on augmente le flux séreux de l'herpès, qui est pour ainsi dire intarissable ; on provoque pour le chancre simple l'écoulement d'une sérosité moins abondante, qui se mélange à la suppuration naturelle ; pour obtenir quelque chose du chancre syphilitique, il faut faire sauter la membrane diphtéroïde qui le recouvre ; on voit alors sourdre par une infinité d'orifices microscopiques un liquide jaunâtre foncé ; puis par les mêmes orifices, s'écoule péniblement un sang brun noirâtre.

Ces particularités relèvent de la structure même du chancre, de son endartérite oblitérante et des obstacles que celle-ci oppose à l'issue du sang hors des vaisseaux. » Voilà la différenciation que donne M. Ducastel au sujet des sécrétions des trois sortes d'ulcération.

Le diagnostic peut encore être renforcé par l'examen des ganglions correspondant au territoire où siège la lésion ; avec le chancre syphilitique, on trouve la pléiade ganglionnaire indolente ; avec le chancre mou, une mono-adénite inflammatoire ; avec l'herpès, le plus habituellement rien. Pourtant par suite d'infection secondaire, on peut trouver une adénite inflammatoire accompagnant l'ulcère herpétique.

L'important diagnostic de l'herpès et des plaques muqueuses trouvera sa place dans le chapitre suivant.

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le docteur Druelle.

M. I., 20 ans, vient consulter le 1^{er} août 1908. Il a eu en juillet 1907 une ulcération de la verge, sans adénite, qui a guéri rapidement par la pommade au calomel. Elle semble avoir été un chancre mou ou une ulcération herpétique.

En décembre 1907, le malade a eu un chancre syphilitique de la fosse naviculaire avec adénite inguinale double et il a été fait à ce moment en l'espace d'un mois douze piqûres d'énésol. Le malade semble ne pas avoir eu de roséole, mais peu de temps après le chancre, il a éprouvé de fortes céphalées et n'a pas tardé à présenter des plaques muqueuses de la gorge.

Après ce traitement, le malade a pris des pilules de sublimé, en moyenne pendant un mois sur deux.

Depuis quelques jours, il souffre de la bouche.

A l'examen, on note un très léger degré de gingivite avec décollement gingival rétromalaire des deux côtés de la mâchoire inférieure. Sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais, il existe des syphilides érosives d'aspect opalin. Ces plaques muqueuses occasionnent une dysphagie assez prononcée.

Traitement. — On prescrit des lavages de la bouche avec des gargarismes à l'eau oxygénée au tiers, et des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au cinquième sur

les lésions amygdaliennes. Le malade prendra tous les jours à jeun un grand verre d'eau d'Uriage.

11 août 1908. — La gingivite mercurielle a presque disparu. On prescrit de prendre tous les jours une pilule de un centigramme de sublimé pendant quinze jours.

8 octobre 1908. — Le malade est revenu consulter. Il a pris les pilules de sublimé qui lui ont été prescrites. Depuis il ne s'est plus soigné. Il a actuellement des plaques muqueuses décapillantes de la face supérieure de la langue et des syphilides des deux amygdales. Depuis cinq jours, il est atteint d'une blennorrhagie aiguë pour laquelle on prescrit le traitement antiphlogistique. On commence aujourd'hui une série de quinze injections de deux centigrammes de benzoate de merure.

13 novembre 1908. — La série des injections, qui d'ailleurs ont été faites irrégulièrement, est terminée, Il persiste encôres des plaques muqueuses de la gorge. Le malade n'a jamais cessé de fumer depuis le début de sa syphilis. Depuis quinze jours, le malade fait des lavages de permanganate de potasse pour sa blennorrhagie.

5 janvier 1909. — Pas de traitement depuis deux mois environ. Le malade n'a plus de plaques muqueuses de la gorge.

On note actuellement quelques érosions du bord droit de la langue. La blennorrhagie est guérie. On commence aujourd'hui une série de quinze injections de 1 centigramme de benzoate de mercure.

9 février 1909. — On termine cette série faite irrégulièrement. Il n'y a aucun symptôme de syphilis à signaler.

23 mars 1909. — Depuis quelques jours, le malade souffre violemment de la langue : il localise ses sensations douloureuses sur le bord droit. L'apparition de lésions de langue a été précédée par des douleurs locales très vives

survenant sous forme d'accès pendant quelques jours. Actuellement, on constate sur le bord droit de la langue et sur la partie adjacente, un semis de petites ulcérations peu profondes, recouvertes d'un léger exsudat blanchâtre. La plupart de ces érosions sont arrondies et isolées les unes des autres. Il existe en outre plusieurs plaques érosives plus importantes, à contour nettement micropolycyclique. Certaines de ces érosions paraissent déjà en voie de réparation spontanée. Ces lésions sont fort douloureuses.

Le malade éprouve de la gêne pour parler et ne peut absorber que des aliments liquides. Ces lésions ont nettement l'aspect de l'herpès lingual. On ne retrouve pas en ce moment sur la langue l'aspect habituel des plaques muqueuses que le malade a présenté il y a quelque temps sur cet organe. Les ulcérations sont très douloureuses au toucher et arrivent même à saigner.

Traitement : lavages de la bouche avec de l'eau boriquée.

On trouve aucune manifestation spécifique sur la peau ni sur les muqueuses.

3 avril 1909. — La langue est guérie, sans que le malade ait pris de traitement syphilitique. Nous prescrivons en ce moment de prendre pendant un mois des pilules de un centigramme de sublimé.

15 juin 1909. — On revoit le malade, qui n'a pas d'accidents spécifiques et pas d'albumine dans ses urines. On commence aujourd'hui une série de 5 injections d'huile grise qu'on termine le 20 juillet 1909.

30 août 1909. — Le malade revient consulter. Il ne présente à signaler que quelques petites érosions de la langue à droite, survenues depuis quelques jours avec une sensation gênante, mais non douloureuse. Ces érosions sont d'apparence nettement herpétique en raison du micropolycyclisme de leur contour.

Pas d'accident spécifique à noter.

5 septembre 1909. — Les lésions de la langue commencent à disparaître et le malade n'ayant pas d'albumine on commence une série de 4 injections d'huile grise qui est terminée le 6 octobre 1909.

24 décembre 1909. — Le malade revient avec une nouvelle poussée très douloureuse d'herpès sur le bord droit de la langue, qui date de deux ou trois jours. Les mouvements de la langue sont difficiles à effectuer. On voit aujourd'hui à côté d'érosions herpétiques typiques des lésions qui semblent vésiculaires.

On prescrit des attouchements des ulcérations de la langue avec une solution de bleu de méthylène au dixième. Pas de traitement syphilitique.

26 mars 1910. — Le malade vient de prendre pendant un mois des pilules de sublimé. Nouvelle poussée de lésions érosives sur le bord droit de la langue. Ces lésions d'aspect nettement herpétique sont moins développées et moins douloureuses que lors de la poussée précédente.

20 juillet 1910. — Le malade a fait une série de six injections d'huile grise, du 15 avril au 1^{er} juin 1910. Depuis, il n'a subi aucun traitement spécifique. On constate une nouvelle poussée de lésions érosives herpétiques, sur le bord droit de la langue, constituées par des ulcérations très superficielles, douloureuses, isolées les unes des autres. On conseille des attouchements au bleu de méthylène au dixième. Pas d'accident spécifique.

10 octobre 1910. — La poussée d'herpès notée plus haut s'est prolongée, car il s'est produit des poussées nouvelles et subintrantes. Actuellement, la maladie qui n'a rien de syphilitique, offre encore à noter quelques petites érosions toujours sur le bord droit de la langue.

Il est à noter que la dentition est en excellent état.

13 mars 1911. — Depuis sa dernière visite, le malade a pris irrégulièrement quelques pilules mercurielles et on vient de lui faire une série de quatre piqûres d'huile grise. Depuis quelques jours, on observe une nouvelle poussée très violente d'herpès accompagnée de douleurs lancinantes et névralgiques sur le bord droit de la langue. Cette poussée est la plus forte que le malade ait présentée jusqu'à présent. Tout le côté droit de la langue est parsemé de petites lésions érosives arrondies ou polycycliques dont le moindre contact est très douloureux. Sur le bord de la langue, en certains points, ces lésions ont un aspect fissurique. Les ganglions sous-maxillaires droits sont légèrement augmentés de volume et un peu sensibles à la pression. La salivation est assez abondante. Les douleurs qui surviennent spontanément procèdent par poussées névralgiques très fréquentes et retentissent parfois dans l'oreille droite. Aucune autre lésion du reste de la cavité bucco-pharyngée n'est à signaler, ni accident spécifique cutané ou génital.

Mais sur la partie inférieure de la face cutanée du prépuce, il y a dans une région grande comme une pièce de vingt centimes un bouquet de vésicules herpétiques actuellement desséchées et croûteuses. Cette poussée d'herpès préputial s'est développée, il y a quelques jours, en même temps qu'une nouvelle poussée d'herpès lingual. Pour calmer les douleurs linguales du malade, on fait depuis quelques jours des applications d'une solution de cocaïne au centième. Mais bien que ces dernières soient fréquentes les douleurs sont à peine calmées.

Traitement : pulvérisations, toutes les deux ou trois heures, dans la bouche avec de l'eau de Saint-Christau.

20 mars 1911. — Les douleurs sont toujours aussi vives. Il s'est fait de nouvelles poussées de lésions herpétiques toujours sur le bord droit de la langue, et en ce moment, on voit

quelques points blancs qui sont peut-être des vésicules en voie de formation.

29 mars 1911. — La poussée d'herpès lingual est à peu près terminée. Le malade souffre peu de sa langue où il existe encore quelques fissures et érosions peu importantes.

OBSERVATION II

par Sabrazès, interne des hôpitaux de Bordeaux.

(*Annales de la Polyclinique* de Bordeaux, 1889-1891).

Herpès récidivant de la-bouche et de la verge.

M. G. âgé de 29 ans, conducteur de train se présente à la Polyclinique, le 21 septembre 1889.

Les antécédents héréditaires ne méritent pas de nous arrêter.

Du côté des antécédents personnels nous ne relevons ni maladies de l'enfance, ni traces de maladies vénériennes, autres qu'une blennorrhagie à 18 ans. Il n'a jamais fait d'abus d'alcool ni de tabac et ne fume d'ailleurs plus depuis deux ans. Il use modérément du coït qu'il pratique depuis longtemps avec la même femme. Des douleurs rhumatismales ont intéressé il y a trois ans, ses articulations de l'épaule et du coude et ont cédé à un changement de climat. Entre temps des migraines, des boutons croûteux, quelques pustules autour du cou et aux cuissés ont à peine éveillé son attention. Jamais de troubles gastro-intestinaux. En somme bonne santé en dehors de l'affection actuelle dont la première apparition date de 1880 et à laquelle on a bien infructueusement opposé à diverses reprises un traitement mercuriel et ioduré. Le chlorate de potasse, les cauterisations au nitrate d'argent n'ont pas eu d'efficacité bien marquée.

La maladie est constituée par l'éclosion successive de petites ulcérations de la grandeur d'un grain de chénevis et au delà, à contours arrondis survenant en un point quelconque de la bouche, des lèvres, de la verge et laissant ou non une cicatrice. Leur durée équivaut à une huitaine de jours; mais à une poussée en succède immédiatement une autre; la récidive pour ainsi dire fatale, se fait sinon *in situ*, tout au moins dans le voisinage, constituant un caractère essentiel de l'affection, douloureuse surtout aux stades ultimes d'aggravation. La lésion initiale, de durée très éphémère, paraît être une minime élevure rougeâtre des téguments.

Au début, les accidents avaient une moindre intensité.

Actuellement, on trouve sur la lèvre inférieure, trois ulcérations dont deux presque guéries et une encore en évolution. Cette dernière a la forme et la grandeur d'une graine de lin, nettement limitée, taillée à pic, superficielle, à fond granuleux et grisâtre.

Au bout de la langue s'étalent une cicatrice et une ulcération arrondie; celle-ci, blanc-jaunâtre, d'un diamètre de trois millimètres; sur le dos de cet organe sont quelques cicatrices; on en trouve encore une sur la voûte palatine.

On voit quelques lésions à diverses périodes, sur la verge, sur le gland, et près de la racine de la verge, une cicatrice large de six millimètres, plane, superficielle.

L'état général paraît excellent. L'interrogatoire et l'examen direct ne découvrent de troubles ni de l'estomac, ni de l'intestin.

Notons cependant une dentition en mauvais état et sur la face vivement colorée des papules d'acné induré en petit nombre.

Traitement : application de baume de Pérou sur les ulcérations.

5 Novembre. — On trouve sur la partie extérieure de la langue

trois ulcérations. L'une arrondie, grosse comme un grain de millet, à fond jaunâtre régulièrement excavé, situé à gauche de la ligne médiane. Une autre ovulaire, d'un millimètre dans son plus grand diamètre, entre les papilles et recouverte d'un enduit jaunâtre, lui est symétrique à droite.

Une cicatrice blanchâtre de trois millimètres sur les côtés de laquelle est une petite ulcération, occupe l'extrémité de la langue, un peu à droite. A gauche de la ligne médiane, signalons encore une cicatrice de quatre millimètres, superficielle, rouge et récente.

Le début de ces lésions remonte à une huitaine de jours. Sur le dos de la langue, à sa partie moyenne et à droite, ulcération de deux millimètres, jaune, assez profonde et deux petites érosions à peine visibles. Rien dans la bouche ni dans la gorge. Les lésions de la langue datent de quatre à cinq jours. Sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, tout près de la commissure on voit une tache rouge de la grandeur d'un grain de chènevis, arrondie à bords bien délimités. On y distingue à la loupe un piqueté rouge qui lui donne sa couleur, mais l'épiderme n'est nullement altéré à ce niveau, si ce n'est à la partie centrale où l'on constate une très petite ulcération en coup d'ongle qui ne dépasse guère un millimètre, superficielle et jaunâtre. On ne trouve aucune trace de vésicule et cependant cette lésion ne date que d'hier.

Il y a trois semaines, éruption sur la verge à diverses reprises de petits boutons tout à fait comparables à ceux de la bouche. Les ulcérations qui leur ont succédé ont atteint par places les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Elles étaient très douloureuses et ont duré une dizaine de jours.

Les applications de baume du Pérou dans la bouche calment assez promptement la douleur, mais n'empêchent pas les récides.

23 Novembre 1889. — Les lésions anciennes ont disparu sans laisser de traces.

On trouve une petite tache rouge sur le bord du pilier postérieur gauche ; une ulcération oblongue, du volume d'un grain de blé, sur la joue droite à un centimètre de la commissure ; une exulcération fissuraire verticale sur le bord droit de la langue ; un petit point exulcéré à la pointe du côté droit ; enfin en arrière de la lèvre inférieure à gauche de la ligne médiane une ulcération arrondie du volume d'une petite lentille, sans saillie ni induration, à bords nets, creusés à pic, peu profonde à fond inégal tapissé d'un enduit blanc jaunâtre. Cette dernière date de 4 à 5 jours.

A la face inférieure de la verge, près de la racine, on trouve une petite exulcération circulaire, du volume d'un grain de mil, à fond mélangé de rose et jaune, suintante, siégeant sur une base un peu saillante et infiltrée mais sans induration limitée. Cette ulcération date de 8 jours.

A la verge, le malade n'a pas remarqué que l'ulcération fut précédée d'une vésicule. Il n'a vu qu'un bouton rouge qui s'est ulcéré et qui a été précédé pendant 24 heures par des démangeaisons qui ont diminué à l'apparition du bouton.

Il y a neuf jours, s'est montré à la main droite, dans le 3^e espace interdigital, un petit bouton prurigineux que le malade a comparé à ceux de la verge et qui a guéri, ne laissant actuellement qu'un peu de desquamation.

Les récidives sur la verge n'ont pas été occasionnées par un coït antérieur. Les organes génitaux sont maintenus dans un état de parfaite propreté.

Traitement : lavages antiseptiques de la bouche. Eau de Vichy à l'intérieur.

Pour les lésions de la verge, on n'en soupçonne pas l'origine. Les lésions buccales pourraient cependant relever des causes évoquées par M. Fournier pour expliquer l'herpès

récidivant de la langue chez les syphilitiques. En effet, le malade a été soumis pendant longtemps, sans résultats d'ailleurs, à un traitement mixte. Il y a eu abus de préparations mercurielles et il subit peut-être encore « l'irritation locale, qu'à des degrés divers, ne laisse que rarement de produire le mercure.

OBSERVATION III

Présentation d'un malade par M. Du Castel à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis. (Semaine médicale du 26 décembre 1900):

Vous venez de voir un malade de constitution superbe dont, à première vue, chacun envierait la santé; cependant, cet homme vient depuis cinq ans réclamer nos soins d'une façon régulière.

Le mal dont il souffre n'est pas grave, mais il est particulièrement rebelle. Sur le bord droit de la langue, vous avez pu remarquer quelques points blancs, gros comme une tête d'épingle quelques taches blanches peu étendues, superficielles, à bords irréguliers. C'est toute la maladie dont mon client se plaint. Dans quelques jours, si vous le revoyez, tout sera réparé. Vous vous demandez sans doute comment si petite lésion peut conduire le porteur à aller pendant cinq ans, presque chaque semaine, consulter un médecin. L'histoire plus complète du patient vous montrera que son affection, si elle n'est pas dangereuse en elle-même, est du moins fort pénible.

Cet homme a eu une syphilis bénigne, il y a une quinzaine d'années. Aucun accident ne s'était produit depuis plusieurs années, et notre client se considérait comme guéri, quand il y a six ans, une éruption fit son apparition dans les mêmes

points qu'aujourd'hui et semblable à celle ci ; cette éruption guérit en quelques jours. Tout paraissait fini, mais peu de temps après, les manifestations linguales se reproduisirent avec les mêmes caractères, pour guérir avec la même facilité.

Depuis lors, la vie du malade peut se décomposer en deux périodes alternatives : pendant quelques semaines, il paraît absolument bien portant, rien ne s'observe sur sa langue ; puis tout à coup, le bord droit devient douloureux, l'éruption se montre avec des caractères à peu près toujours identiques ; en peu de jours, elle guérit et tout rentre dans la normale ; après quelques semaines de tranquillité, elle reparait à nouveau. C'est ainsi que depuis six ans, notre homme passe sa vie à osciller entre des périodes d'intégrité linguale et des périodes d'éruption.

Il y a cinq ans que nous nous efforçons d'empêcher le retour de ces poussées éruptives sans grand résultat ; je dois dire cependant que, depuis quelque temps, leur fréquence diminue et il est permis d'espérer que le moment de sa guérison approche.

Indications sur le moral de cet homme. — Quand la première poussée éruptive s'est produite, il y a six ans, notre client avait presque oublié qu'il était syphilitique. Cette première poussée ne le préoccupa pas autrement ; mais quand il vit les éruptions se répéter incessamment, la pensée lui vint que la syphilis se réveillait et lui jouait à nouveau des tours du côté de la bouche, qu'elle allait entrer dans la série des accidents graves tardifs. Cette idée l'obséda, et c'est sous son impression, qu'il est venu demander mes soins. Depuis lors, malgré tous les efforts que j'ai pu faire pour le rassurer, notre homme est profondément malheureux, syphilophobe au suprême degré, toujours convaincu que des manifestations sérieuses de la syphilis le menacent ; en vain, je lui répète sur tous les tons que sa petite éruption n'est pas de nature syphilitique, qu'elle n'aura aucune conséquence sérieuse, qu'elle guérira, je ne puis déraciner de

son esprit l'idée qu'il est voué aux pires accidents de la syphilis, et son existence est absolument empoisonnée par cette conviction ; cet état moral est ce qu'il y a de plus grave dans sa situation. Ne croyez pas que cette obsession soit un fait accidentel particulier à ce sujet ; elle est habituelle à la plupart des patients atteints de la lésion qu'il porte ; elle constitue le côté pénible de cette affection qui n'est autre que l'herpès récidivant buccal.

OBSERVATION IV

(prise dans la thèse de Le Quément 1891, — Bordeaux)

(Notes dues à l'obligeance de M. le Professeur
Wilham Dubreuilh).

M..., âgée de 58 ans, cultivatrice, habitant Saint-Denis-des-Piles, vient me consulter le 27 juin 1891.

Depuis 14 ans, éruption dans la bouche, surtout en février et en septembre.

Son apparition a précédé la ménopause et n'était pas influencée par la menstruation.

Du reste, malgré l'aggravation signalée, la maladie durait tout le temps.

Etat actuel (25 juin 1891). — Sur la lèvre inférieure, se trouve une ulcération grande comme une petite lentille, située sur la face muqueuse, un peu ovalaire, peu profonde, à bords nettement incisés, à fond gris jaunâtre ; pas d'induration. Cette ulcération est douloureuse et date de huit jours : sur le côté droit de la lèvre inférieure, cicatrices récentes d'une lésion analogue.

Sur la langue, une ulcération comme une tête d'épingle, à la pointe ; le fond est gris jaunâtre, pultacé. Sur la muqueuse

de la gencive gauche, ulcération irrégulière comme une petite lentille, à fond gris jaunâtre, pultacé, à bords nets, sans induration; douleur assez vive. Vésicule miliaire sur l'amygdale gauche.

Ces lésions apparaissent successivement et continuellement dans les points les plus divers de la bouche; il est rare que la malade en soit tout à fait indemne.

Elles sont fort douloureuses au point de l'empêcher de manger autre chose que de la soupe, lorsqu'elles sont assez abondantes.

Pas d'éruption analogue aux organes génitaux. Appétit médiocre. Digestions difficiles. Ballonnement.

Bouffées de chaleur après les repas; pyrosis; vomissements glaireux le matin. Vomissements alimentaires très fréquents autrefois; ils ont disparu depuis 3 ou 4 ans.

Constipation: selles tous les jours, mais très peu abondantes. La malade boit uniquement un à deux verres de piquette, à chaque repas. Ménopause il y a 10 ans.

La malade a en outre depuis quatre ans, des placards de lichen simplex typique sur le coude, le genou et le dos du pied du côté droit.

Traitement: pastilles au chlorate de potasse et de Paterson; rhubarbe.

Les lésions de la bouche sont certainement de l'herpès récidivant. Il ne paraît pas dû à un traitement mercuriel, car aucun des traitements suivis par la malade pour la dermatose des jambes ne paraît avoir contenu de mercure. Du reste, les lésions de la bouche sont antérieures de dix ans. Les dents sont en assez bon état; il y a un peu de tartre, mais en quantité très modérée, et il n'y a pas de gingivite; c'est un herpès récidivant buccal.

OBSERVATION V (résumée).

(Th. S. Flatau. Traduction Deutsch médic. Wochensch.
1891 n° 22.731).

Chronisch recidivirendes herpès der Mundhohe.

Malade observé par Kobner. Homme 38 ans. Variole en 1870, fièvre typhoïde en 1874. Autrefois grand fumeur et grand buveur.

Début quelques mois après la guérison de la fièvre typhoïde, en 1874 ; depuis lors, persistance, sauf une interruption d'un an en 1888-89, pendant lequel sa santé générale a été particulièrement bonne.

D'abord vésicules, puis érosions durant de 1 à 4 semaines. Siège : lèvres, sillons gingivo-labial et gingivo-genien, et sur les bords de la langue en arrière. Depuis quelque temps, elle atteint aussi les bords antérieurs de la langue. Elle survient par poussées subintrantes.

La lésion débute par une vésicule grande comme la moitié d'une lentille que l'auteur a pu observer à la pointe de la langue ; dès le lendemain, elle fait place à une ulcération arrondie, sans infiltration qui se creuse un peu avec des bords à pic ; fond rouge, sans rougeur des bords. Fond gris au bout de 4 jours quand la guérison approche.

Ulcérations très douloureuses.

Pas de syphilis, tuberculose, ou de malaria. Pas de troubles gastriques.

Entre temps, affaiblissement général. Traitement ioduré et arsenical,

Pas de réussite.

CHAPITRE III

L'herpès lingual récidivant.

Etiologie, Pathogénie

Cette localisation de l'herpès est des plus importantes à bien connaître, surtout en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle expose : il est facile de confirmer cette vérité en rappelant que surtout dans la syphilis on trouve des lésions buccales, à la deuxième période et que le diagnostic entre ces accidents et l'herpès lingual n'est pas toujours aisé.

En outre, ce siège de l'herpès est intéressant par ses récurrences fréquentes sur le même sujet, récurrences allant parfois jusqu'à constituer une véritable infirmité, sans gravité il est vrai, mais singulièrement importune et vexatoire.

On trouve aussi parfois de l'herpès récidivant sur les gencives, sur les joues, sur le palais, mais c'est encore dans sa localisation buccale, sur la langue qu'il est le plus fréquemment observé.

Sans avoir une fréquence comparable à celle de l'herpès génital, il est pourtant assez commun. Et, malgré cela, comme nous l'avons déjà dit, à l'hôpital

on ne l'observe que très rarement et c'est plutôt chez les malades de la ville que le médecin est appelé à le constater.

A beaucoup de points de vue et surtout au point de vue récidive, c'est, tous les auteurs l'ont constaté, le digne pendant de l'herpès génital récidivant. Comme lui, c'est un herpès à récidives multiples et fréquentes, devenant un ennui, un véritable cauchemar pour les malades. Comme lui, c'est une affection éminemment rebelle et d'une longévité désespérante.

Il est remarquable d'observer encore son analogie avec l'herpès génital au sujet de l'âge, et du sexe des malades qui en sont atteints. Tous deux frappent surtout des jeunes gens de vingt à trente ans, mais néanmoins il peut se voir, bien qu'exceptionnellement chez des sujets de quarante à cinquante ans.

Quant au sexe, l'analogie persiste : les deux formes sévissent sur l'homme plutôt que chez la femme.

Cette dernière est le plus souvent respectée ; pourtant ceci n'est pas absolu, car nous citons une observation de cette affection chez une femme, qui, de plus avait quarante-quatre ans quand la maladie s'est fait jour pour la première fois.

En étudiant l'étiologie de notre herpès récidivant de la langue, nous serons une fois de plus frappés par la même analogie avec l'herpès récidivant génital.

Le premier apparaît quand la langue a été irritée

quelque temps par des substances qui ont cette propriété et plus particulièrement par des aliments fortement épicés. Et même chez certains individus prédisposés, chez des gens qui paraissent doués d'une susceptibilité particulière, les contacts les plus inoffensifs peuvent suffire pour provoquer une éruption.

Des personnes faisant usage du tabac d'une façon immodérée fournissent aussi un contingent, d'ailleurs assez restreint, à cette maladie.

Dans le chapitre précédent, nous avons relaté les causes locales irritatives qui pouvaient déterminer l'apparition d'un herpès génital.

Donc, sur la langue comme sur les organes génitaux, nous constatons la même origine des lésions.

L'irritation génitale est la cause de l'herpès récidivant des organes génitaux.

L'irritation buccale est la cause de l'herpès récidivant de la langue. L'analogie est frappante.

Nous avons déjà parlé à propos de l'herpès en général d'une cause prédisposante générale qui rend les sujets aptes à être la proie de cette maladie. Nous ne reviendrons plus sur cette étiologie et nous nous bornerons à constater que dans l'herpès récidivant de la langue, l'arthritisme peut agir évidemment de la même façon que dans les autres formes d'herpès. Comme pour ces dernières, la diathèse arthritique est la cause qu'on incrimine quand on ne peut trouver ni cause locale directe, ni autre cause générale.

Les maladies infectieuses, comme pour les autres

localisations de l'herpès peuvent déterminer aussi sur la langue l'éruption herpétique ; nous ne ferons que relater ces diverses origines que nous avons déjà étudiées dans nos précédents chapitres.

En somme, jusqu'à présent, l'étiologie de l'herpès lingual récidivant est la même que celle des herpès récidivants en général, et c'est pour cette raison que nous avons exposé ces derniers au début de cette thèse.

Mais voici qui est bien autrement curieux :

L'herpès lingual récidivant trouve certainement une cause d'appel dans la *syphilis*. Il est remarquable de voir combien grande est la proportion du nombre de malades syphilitiques qui sont atteints d'herpès récidivant de la langue par rapport au nombre des autres herpétiques.

On peut dire avec M. le professeur Fournier, que *dix-neuf fois sur vingt*, cet herpès est en connexion avec la syphilis et cela toujours dans les mêmes conditions.

Le malade que M. Du Castel présente à sa clinique dermatologique de Saint-Louis et dont nous racontons l'histoire plus loin est un exemple typique.

Presque invariablement c'est, au cours où à la suite de l'étape secondaire qu'il commence à apparaître pour continuer au delà sa longue carrière. Expliquons-nous.

Un malade est en puissance de siphilis; il y a eu chancre, roséole, plaques muqueuses de la bouche.

Un, deux, trois ou quatre ans après le début, il a encore des syphilides où elles viennent de se guérir; c'est à ce moment qu'apparaît l'herpès lingual, et c'est à partir de ce moment qu'il va récidiver continuellement.

Quelquefois, l'éruption herpétique existe avec des syphilides buccales et l'attention du malade n'est pas attirée sur sa langue. Mais le plus fréquemment, l'herpès remplace les plaques muqueuses et leur succède. C'est donc en sorte, comme l'a dit le professeur Fournier, ce qu'on pourrait appeler un accident *méta-syphilitique*. Ce terme explique très bien les rapports de la syphilis avec cette affection.

Quant à savoir de quelle façon la syphilis agit pour déterminer ces accidents méta-syphilitiques, c'est plus difficile et l'on n'est encore aujourd'hui pas bien fixé sur ce mode d'action.

Est-ce l'irritation buccale, conséquence des syphilides secondaires de la région, qui lui sert d'invite et de provocation? Ou bien est-il sollicité, appelé sur la bouche par d'autres irritations connexes, telles que irritation mercurielle ou le tabac? Nous savons savons en effet qu'un des modes d'élimination du mercure dans le traitement mercuriel de la syphilis consiste à être rejeté dans la bouche par les glandes salivaires avec la salive. Quand le mercure est éliminé par cette voie en grande abondance, et aussi quand l'individu est prédisposé à l'intoxication mercurielle, on observe de la stomatite. Nous pouvons donc émet-

tre l'opinion que l'herpès, dans un traitement mercuriel moyen et chez un sujet légèrement prédisposé, répond à une des formes de l'irritation réduite de la bouche, par le mercure, irritation n'allant pas jusqu'à provoquer de la stomatite.

On peut aussi en partie accuser l'irritation buccale produite par l'abus de boissons irritantes et surtout alcooliques. Nous en voyons un exemple dans une observation que nous reproduisons, traduite de la *Deutsch. medic. Wochenschrift* et prise par Flatau. Il est vrai que le malade dont il nous parle ajoute l'abus de tabac à l'abus de boissons. Néanmoins, il peut arriver des cas où, chez des individus prédisposés à l'herpès, cette dernière cause soit suffisante.

Mais, en général, chez un individu, toutes ces diverses causes provocatrices agissent simultanément et il est rare qu'on n'en puisse incriminer qu'une seule.

Pour en revenir à la syphilis, nous avons dit qu'elle pouvait faire apparaître une éruption d'herpès soit par irritation provoquée par les plaques muqueuses, soit par irritation d'origine mercurielle. On a donné aussi une autre explication, qui n'a pas encore été bien élucidée, ni vérifiée. On a assimilé à ce point de vue l'herpès et le zona, et ce serait par l'intermédiaire du système nerveux que la syphilis agirait sur la langue et déterminerait de l'herpès récidivant.

Nous savons que, par exemple, pour le zona intercostal, une maladie infectieuse générale retentit,

sans accidents graves, sur les méninges et donne une légère réaction méningée caractérisée par de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, obtenue par ponction lombaire. Cette réaction méningée se propagerait aux ganglions rachidiens d'où partent les nerfs intercostaux, et c'est pour cette raison qu'on aurait du zona sur le trajet de ces nerfs. On a assimilé l'herpès au zona et on a dit que la syphilis agirait sur le système nerveux et par suite sur les nerfs pour provoquer une éruption d'herpès. Mais cette théorie n'a pas encore été très étudiée et l'on ne peut encore la donner comme affirmative.

Quoi qu'il en soit, la scène telle qu'elle se produit presque invariablement est la suivante; le professeur Fournier l'a très nettement exposée:

Un jeune homme a contracté la syphilis. Du fait de cette syphilis, il a éprouvé divers accidents et notamment des accidents buccaux, qui se sont d'autant plus répétés, que c'est un fumeur. On l'a traité par le mercure, longuement, assidûment : tous les accidents ont cédé et la syphilis paraît éteinte, après ce traitement, long, méthodique et patient. Deux, trois, quatre années se passent; rien n'apparaît plus. Puis, à un moment donné, de nouvelles érosions, comme il en a eu autrefois se reproduisent dans la bouche, et plus particulièrement sur la langue.

Ces érosions, il va les montrer à son médecin qui croit à une nouvelle invasion de syphilides; il cautérise et ordonne un nouveau traitement mercuriel

Les ulcérations se cicatrisent, tout est fini, tout rentre dans l'ordre.

Puis d'autres érosions semblables se reproduisent encore. Nouvelle visite au médecin, qui persiste dans son erreur; nouvelle cautérisation, traitement spécifique et finalement disparition rapide.

A quelques mois, ou même parfois à quelques semaines, nouvelles érosions, même traitement et guérison.

Et ainsi de suite pendant des mois, même des années, comme le montrent toutes nos observations; toujours et toujours, le médecin observe le même genre d'accidents, se produisant et se reproduisant sur la langue, guérissant toujours et renaissant toujours avec une incroyable persistance, pour la plus grande désolation du malade et l'ennui du médecin.

Voilà les paroles du professeur Fournier à ce sujet :

« Què de fois, pour ma part, ai-je vu semblable chose! Que de cas j'aurais à citer où sur des malades que j'avais traités longuement et rationnellement, des érosions de cet ordre se sont produites et reproduites à satiété sur la muqueuse buccale, et particulièrement sur la langue! J'ai vu des malades, j'en avais presque honte, revenir *dix* fois, *vingt* fois chez moi après une époque où j'aurais été en droit de les croire guéris et toujours pour des érosions linguales que je guérissais tout aussitôt par quelques cautérisations, mais qui semblaient renaître de leurs

cendres, quoi que je fisse et à quelque énergique traitement que se soumissent docilement mes clients, énervés et découragés par cette incroyable résistance de la maladie. Vainement, je prodiguais ce qu'on appelle le traitement spécifique, sous toutes ses formes et à toutes les doses. Je n'arrivais à rien de satisfaisant, loin de là! »

Si bien que, de guerre lasse, après tant et tant d'échecs, le malade finit par perdre confiance et le médecin se révolte contre lui-même, s'insurge contre son diagnostic. Il revoit les diverses étapes douloureuses, aussi bien moralement que physiquement traversées par son malheureux malade.

Il se dit que ce n'était pas là de la syphilis, que ces lésions sans cesse récidivantes, réapparaissant chez d'anciens syphilitiques, n'étaient pas des plaques muqueuses à récidives, comme il le croyait jusqu'à ce moment-là, puisque le traitement mercuriel, non seulement ne les guérissait pas, mais encore les laissait ainsi repulluler. Mais c'est à ce moment qu'il est encore plus perplexe. Si ces érosions ne sont pas des plaques muqueuses, qu'est-ce donc alors?

Le médecin tâtonne, il hésite, il fait des hypothèses tour à tour adoptées et délaissées, et enfin ils'aperçoit que c'est de l'herpès lingual, et sous cette forme particulière décrite par M. le Professeur Fournier, à savoir l'*herpès lingual récidivant*, forme identique à cette forme si commune sur les organes sexuels et entrée de plain-pied dans la nosologie depuis les

travaux du docteur Doyon, sous le nom d'herpès récidivant génital.

Nous retrouvons bien dans nos différentes observations, groupées ici, les divers caractères étiologiques et pathogéniques que nous avons décrits; dans celles où le sujet n'a pas d'antécédent spécifique tout au moins avoué, car nous savons fort bien, combien il est difficile d'obtenir un aveu chez un malade auquel on ne peut prouver par la trace d'un accident qu'il a eu la syphilis, nous trouvons d'autres causes qu'on peut accuser d'avoir provoqué l'herpès récidivant de la langue. Dans notre observation IV, nous avons affaire à une femme, ce qui est déjà fort un cas rare. Elle est habituellement constipée et paraît en outre posséder un estomac dont la fonction n'est pas normale : c'est là que nous pourrions rechercher l'origine de sa lésion, car nous avons dit en parlant de l'herpès en général, que ce dernier se manifestait souvent dans les affections intestinales dont la gravité varie du simple embarras gastrique jusqu'à la fièvre typhoïde.

Chez le sujet de l'observation V, nous trouvons des antécédents beaucoup plus nets. C'est, comme nous l'écrivons dans notre chapitre sur l'étiologie, un homme, et un homme qui a contracté son herpès à l'âge de 21 ans, donc étant jeune homme. Chez lui, nous découvrons d'abord des habitudes qui peuvent expliquer l'irritation de la langue : c'est un grand fumeur, et de plus un grand buveur, qualités qui

ne sont pas sans avoir une grande influence sur le développement d'une éruption de la bouche.

De plus nous avons des maladies d'ordre général qui peuvent être considérées comme des causes déterminantes de l'herpès : notre malade a eu successivement, à quatre années d'intervalle, la variole, puis la fièvre typhoïde. Or, c'est après la guérison de cette dernière, que son affection a fait son apparition ; on peut donc penser à juste titre que cette fièvre typhoïde a été sinon la cause, du moins une des causes adjuvantes, qui, par leur union ont doté le malade de son herpès lingual récidivant.

Quant aux autres observations chez ces malades qui ont la syphilis comme maladie d'appel, elles nous offrent des cas réellement typiques :

Dans l'observation I, nous voyons un jeune homme qui a eu la syphilis, et que M. le docteur Druelle a traité à cette époque. Il n'est pas douteux que sa maladie actuelle ne soit de cette origine : soit irritation mercurielle, soit irritation syphilitique ; nous ne pouvons le dire.

L'observation II nous offre toujours un jeune homme atteint de notre affection récidivante. Elle est curieuse, car ici nous ne trouvons pas d'antécédents spécifiques. Est-ce à dire que le malade n'a pas eu la syphilis ? Au contraire, le traitement mercuriel auquel il a été soumis pendant longtemps, prouverait plutôt que M. Sabrazès a soupçonné cette maladie.

Nous ne savons pas s'il faut, dans ce cas, accuser

une syphilis non déclarée par le malade, ou le traitement mercuriel qu'il a subi et qui a peut-être irrité sa bouche.

Quant au malade de l'observation III, son cas est tellement conforme à notre description que nous nous bornerons à renvoyer à cette observation pour être fixé sur sa valeur démonstrative.

Evolution; description. — Etudions à présent la façon dont cette maladie évolue et comment elle récidive. Nous pouvons dire que c'est une éruption passagèrement vésiculeuse, aboutissant de bonne heure à l'érosion du derme muqueux et constituée par cette érosion presque d'un bout à l'autre de son évolution.

Comme dans les herpès d'une autre localisation, nous trouvons ici des prodromes annonçant quelque temps auparavant l'apparition d'une éruption. Presque invariablement, le futur malade éprouve un malaise local : ce malaise s'accroît avec l'éruption et persiste jusqu'au moment où la vésiculation est terminée.

La langue est douloureusement tendue et le malade y ressent de la cuisson ; comme il le dit parfois : « sa langue le brûle » Ces douleurs prodromiques peuvent, comme dans l'herpès récidivant des organes génitaux, varier comme intensité : tantôt ce sont de simples picotements qui agacent le malade plutôt que de lui occasionner de vraies douleurs, tan-

tôt ce sont de vraies douleurs lancinantes. Cette ardeur locale devient l'origine d'une hyperémie périphérique et donne une suffusion rosée des parties avoisinantes, avec un léger gonflement. Malgré ces complications locales, cette affection demeure apyrétique et si parfois la fièvre accompagne l'herpès lingual, ce n'est pas ce dernier qui la cause et il faut chercher ailleurs son explication.

Puis vient l'éruption, qui siège le plus souvent sur la *pointe* et sur les *bords latéraux* de la langue. On la rencontre aussi sur le dos de cet organe, mais beaucoup plus rarement.

L'herpès lingual peut se présenter à l'observation du médecin sous trois aspects différents, qui d'ailleurs ne sont que des aspects d'âge :

1^o Sous celui d'une simple tache grisâtre, opaline, lactescente, laiteuse presque.

2^a Sous celui d'une érosion encadrée d'une collerette blanchâtre.

3^o Sous celui d'une érosion pure et simple.

Au premier stade, c'est-à-dire pendant le jeune âge de l'herpès lingual, on n'a qu'une petite tache sur la langue. Cette tache est quelquefois et même souvent minuscule; elle varie comme surface de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à une lentille, un pépin de poire, ou au maximum un pépin d'orange.

Nous disons que c'est une tache, et pourtant cette dénomination n'est pas très exacte, car on observe un

léger relief, une saillie inappréciable sur le derme muqueux.

La couleur de cette pseudo-tache est déjà spéciale ; nous l'avons vu : grise, lactescente. On peut comparer cette couleur à celle qu'on obtiendrait en couvrant par endroits la langue d'un homme sain d'un léger enduit de collodion. On dirait qu'au niveau de cette papule l'épithélium a été macéré et ne forme plus à la surface de la langue qu'un revêtement pseudo-membraneux prêt à se rompre et à se détacher.

En effet, c'est bien ce qui arrive dans la deuxième phase : on voit cet épithélium se désagréger en débutant par le centre de la tache, si bien qu'au centre, l'épiderme muqueux est mis à nu. A ce moment-là, les débris épithéliaux blancs adhèrent encore à la périphérie de la papule et on a alors cet aspect bien caractéristique : une érosion entourée d'une petite collerette blanche.

Ces débris épithéliaux blanchâtres se désagrègent évidemment de plus en plus et on peut avoir différents aspects de la lésion, suivant le mode de destruction de la collerette. Si cette destruction se fait d'une façon à peu près uniforme on peut au bout de quelque temps, observer une érosion entourée d'un mince rebord blanchâtre à peine visible. Si la destruction se fait plus vite à certains endroits, on voit une érosion présentant par places sur la périphérie, des lambeaux blancs encore adhérents. Ces particu-

larités sur lesquelles nous insistons, sont d'une grande utilité pour le diagnostic. Enfin, dans le dernier stade, et c'est en général à ce moment que les malades viennent voir le médecin, l'épiderme est complètement tombé et on ne voit plus que l'érosion du derme muqueux, qui si elle est seule, est petite, miliaire, superficielle, plate et a des contours arrondis.

Voilà les caractères d'une érosion isolée, mais dans l'herpès récidivant de la langue, les érosions ne sont pas isolées. Rappelons la définition donnée par M. Fournier à ce sujet : « C'est une affection vésiculeuse en groupes, en bouquets. Chaque bouquet est constitué par un nombre variable, 6, 10, 20, ou plus, de petites vésicules côte à côte sur une surface de peau congestionnée, et voisines, se touchant ».

Ceci nous explique bien qu'il se fait un développement excentrique des vésicules qui arrivent à donner des érosions qui se confondent, s'agminant 2 à 2, 3 à 3, etc. Il y a bien des érosions solitaires, aberrantes, mais ce n'est pas l'essentiel de la lésion.

Donc après que les vésicules se sont crevées, on a une surface érosive, l'érosion herpétique, qui, comme M. Fournier l'a dit, présente une configuration graphique spéciale : un contour *polycyclique* et *microcyclique*.

Le contour de l'érosion totale doit être logiquement irrégulier, sinueux, géographique, car il est figuré par des segments du contour des vésicules

périphériques, c'est-à-dire que ce contour sera à la fois polycyclique, constitué par une série de segments de circonférence et microcyclique parce que chacun des segments de cette circonférence qui représentent les débris de la vésicule initiale, correspond à une circonférence d'un petit diamètre, celle de la vésicule. Ce double détail a une importance seméiologique considérable et nous en parlerons plus loin.

Donc pour résumer les caractères de la lésion, nous savons :

1° Qu'elle est formée d'érosions, c'est-à-dire de lésions excoriatives, superficielles effleurant la muqueuse mais ne l'entamant pas.

2° Que ces érosions sont individuellement miliaires.

3° Que ces érosions solitaires ou groupées sont disséminées et multiples. On les trouve à la pointe de la langue, sur ses bords latéraux plus souvent que sur le dos.

4° Qu'individuellement, elles n'ont qu'une durée éphémère. Même abandonnées à elles-mêmes, elles ne durent pas au-delà d'une huitaine ou d'une quinzaine, à moins d'être entretenues par des causes d'irritation locale, comme le tabac, le mauvais état de la bouche, le contact de dents chargées de tartre, de dents ébréchées, etc.

Traitées, et surtout cautérisées, elles rétrocedent rapidement. A ces caractères physiques, il faut en ajouter un autre qui est la cause de la malignité de

cette maladie : nous voulons parler de la *récidive*. Ces lésions sont en effet récidivantes et il suffira de lire nos observations pour avoir une bonne description de ces récidives, dont nous ne donnerons ici qu'un court résumé.

Après s'être produites et effacées une première fois, les érosions se reproduisent encore au bout de quelques semaines, et cela incessamment pendant bien des années. A chaque réapparition, elles présentent les mêmes caractères anatomiques que ceux décrits plus haut.

Donc, ici encore, comme pour l'étiologie, nous trouvons la même analogie avec l'herpès récidivant des organes génitaux.

1° D'abord analogie de lésions. De part et d'autre, nous avons des lésions herpétiques aboutissant à des érosions, superficielles, multiples, petites, groupées éphémères, polycycliques et microcycliques.

2° En deuxième lieu, de part et d'autre, même tendance, à la récidive, à la repullulation multiple, désespérante.

Pourtant une différence d'aspect peut être notée : c'est que sur la langue, on ne rencontre jamais ou presque jamais ces lésions à l'état de vésicules herpétiques, probablement parce que ces vésicules sont essentiellement éphémères et se détruisent à peine nées.

Sur les organes génitaux, il est assez fréquent d'observer des groupes de vésicules.

Voyons à présent quels sont les troubles fonctionnels que peuvent donner ces érosions.

Sans parler des douleurs locales prémonitoires, que nous avons déjà exposées, l'herpès lingual, une fois constitué à l'état d'érosion, devient sensible et douloureux.

Les malades disent qu'il fait souffrir plus qu'une plaque muqueuse. La mastication avec une langue endolorie, devient très difficile et la douleur s'accroît d'autant plus si le malade met au contact de son herpès, des aliments acides, du vin, de l'alcool, de la fumée ou du tabac. De plus, toutes ces causes adjuvantes empêchent la cicatrisation, malgré le traitement et prolonge les érosions en même temps que les douleurs, de sorte que l'alimentation solide devient très difficile, que le malade maigrit et que son caractère s'assombrit après ces multiples récurrences contre lesquelles tous les soins sont vains.

Le malade dont nous avons produit l'observation n° 1 nous montre une évolution conforme à celle dont nous avons fait la description.

On y voit surtout bien décrites ces récurrences tenaces qui sont par elles seules le caractère malin de l'affection.

Dans la 2^e observation, le sujet a été atteint de poussées successives de petites ulcérations de la grandeur d'un grain de chènevis qui sont caractéristiques de l'herpès. Le fond est granuleux et grisâtre et c'est une érosion de sorte que dans ce cas le dia-

gnostic de la maladie se fait aisément par l'examen des lésions. L'histoire de ce malade nous offre en outre une particularité intéressante; nous avons à maintes reprises rapproché l'herpès récidivant lingual de l'herpès génital récidivant : or nous trouvons ici coïncidence de ces deux genres de lésions sur le même malade. Ce dernier présente des ulcérations herpétiques sur le gland, à la racine de la verge en même temps que sur la langue et sur les lèvres, ce qui prouve bien que ces deux localisations de l'herpès peuvent avoir la même origine. D'ailleurs, il y a aussi analogie de lésions sur la langue et sur la verge. — M. Sabrazès dit en effet « éruption sur la verge à diverses reprises de petits boutons tout à fait comparables à ceux de la bouche ».

Sur le malade de M. Du Castel (observation IV), nous assistons c'est d'ailleurs assez rare, à l'apparition des vésicules, quelques gros points blancs, comme il le dit, gros comme une tête d'épingle. Ici comme chez les autres, mêmes récidives désespérantes, mais d'une particularité plus frappante encore que chez les autres malades; elles nous donneront d'ailleurs l'occasion de dire quelques mots des complications morales que l'herpès récidivant peut entraîner chez le malade qui en est atteint, et plus spécialement chez un syphilitique. Après avoir constaté la réapparition d'accidents buccaux, il croit à des plaques muqueuses. Mais quand ces lésions ont récidivé plusieurs fois malgré le traitement spécifique, le malade

croit être la victime d'une syphilis grave, et la conséquence d'une pareille méprise est dangereuse. L'idée de cette vérole tenace, rebelle, sans cesse menaçante, le torture et après des débauches de mercure, qui ne font d'ailleurs qu'aggraver la maladie, il est complètement désespéré ; il n'a plus confiance dans son médecin, et pour peu que son affection se complique de douleurs névralgiques, le voilà décidé aux pires folies, même au suicide.

C'est le cas que présente M. Du Castel, et son sujet est syphilophobe au suprême degré, malgré les dénégations formelles de M. Du Castel, et sa vie est absolument empoisonnée par cette fausse conviction.

Les autres observations ne font que confirmer ce que nous venons de dire, ce qui prouve bien qu'il est d'une importance capitale de ne pas commettre d'erreur dans le diagnostic de l'herpès lingual récidivant, surtout chez les syphilitiques, terrain de prédilection de cette maladie.

Diagnostic. — L'herpès lingual récidivant peut ressembler à quelques lésions blanches, opalines et ulcéreuses de la cavité buccale.

M. Du Castel cite le *lichen plan* ; mais ce dernier occupe aussi bien la face supérieure que les bords de la langue : on voit des plaques blanches où les papilles sont indurées, présentant une dureté tout à fait caractéristique, qu'on ne retrouve pas dans l'herpès lingual. D'autre part, ce sont des lésions d'une grande étendue, alors que l'herpès donne des lésions

miliaires, et chose importante, on observe dans le lichen plan une persistance des lésions sans aucune alternative d'apparition et de disparition, comme dans l'herpès lingual récidivant.

La *leucoplasie linguale* donne des lésions qui, dans certains cas, peuvent affecter les caractères de l'herpès lingual récidivant.

Elle est caractérisée par la présence, sur la langue de plaques blanches, nacrées, recouvrant une surface plus ou moins étendue, accompagnées d'induration superficielle sous-jacente. Cette affection, comme le dit le professeur Gaucher, est toujours d'origine syphilitique; c'est une raison de plus pour la confondre avec l'herpès lingual récidivant qui, dans la majorité des cas, se rencontre chez des syphilitiques.

Les plaques blanches de leucoplasie peuvent s'ulcérer et ceci plusieurs fois de suite, de sorte que cette marche clinique ressemble assez à celle de l'herpès récidivant. Ces ulcérations sont parfois polycycliques, mais ce qui sert à les distinguer de l'herpès, c'est qu'à côté de ce polycyclisme, on trouve un *macrocyclisme* et non un microcyclisme comme dans les érosions herpétiques.

L'hydroa buccal ressemble aussi superficiellement à l'herpès lingual. Il est constitué par des bulles dures qui ont une étendue dix ou vingt fois plus grande que celle des vésicules herpétiques. D'ailleurs, contrairement à ces dernières, les bulles d'hydroa persistent et ne récidivent pas.

Et quand ces bulles se sont rompues, on n'a pas d'ulcérations micropolycycliques, de sorte que le diagnostic se fait assez aisément, surtout qu'il y a coexistence le plus souvent d'hydroa de la peau.

On a voulu assimiler le *zona* et l'herpès, car il y a une ressemblance superficielle entre ces deux affections. Mais quand on étudie l'évolution, la profondeur, la récurrence dans ces deux lésions, on constate une grande différence. Le *zona* n'atteint qu'une fois le malade, tandis que l'herpès récidive un nombre incalculable de fois. Le *zona* est unilatéral; il est vrai que l'herpès récidivant de la langue peut être unilatéral, mais il y a, la plupart du temps, des petites vésicules aberrantes de l'autre côté. Pourtant ces deux lésions ont une grande ressemblance : ce sont les phénomènes douloureux, névralgiques, qui peuvent dans l'herpès lingual, égaler, ceux du *zona* lingual.

On peut noter encore comme éruptions et ulcérations pouvant être confondues avec l'herpès lingual, celles produites chez certains sujets par des *substances médicamenteuses*, comme l'antipyrine. Mais l'absence de récurrence, la grandeur des lésions et le défaut de micropolycyclisme, suffisent à différencier les deux affections.

Mais le diagnostic important et le plus intéressant consiste à différencier l'herpès lingual récidivant des *syphtilides de la langue*. C'est ici qu'il faudra bien se rendre compte de la morphologie des lésions pour ne

pas les confondre; c'est là une erreur d'autant plus difficile à éviter que nous savons que dans les 19/20 des cas, on observe l'herpès lingual récidivant chez des anciens syphilitiques.

Nous avons vu que l'herpès sur la langue affectait une tendance à une configuration circinée : or, précisément, les plaques muqueuses groupées sont souvent remarquables par cet aspect. Quand elles sont confluentes, quand elles empiètent les unes sur les autres, quand elles se confondent en nappe commune, leur surface de fusion présente presque toujours un contour composé d'une série d'arcs de cercle ou de segments de circonférence. Elles sont donc comme les ulcérations herpétiques *polycycliques*.

Mais ici alors intervient la deuxième particularité, à savoir le contour microcyclique, constitué par de petites circonférences; par des segments de cercle relevant d'un cercle de *petit* rayon, qu'on trouve dans l'herpès.

En effet, les syphilides agminées à contour polycyclique présentent des segments de cercle bien plus considérables, des segments relevant d'une circonférence d'un rayon *bien plus étendu*. Elles représentent ce que serait le contour de pièces de monnaie, de cinquante centimes ou un franc, qui disposées sur un même plan, se recouvriraient les unes les autres.

Tandis que le contour des érosions herpétiques est

constitué par des segments de circonférence bien autrement petits, minuscules, représentant ce que serait le segment d'une tête d'épingle.

Ce n'est donc qu'un examen méticuleux et minutieux des ulcérations qui peut faire différencier ces deux sortes d'érosions qui coexistent parfois sur la langue des syphilitiques.

D'autres caractères peuvent d'ailleurs aider au diagnostic : les lésions de l'herpès sont légèrement plus creusées que celles de la syphilis et ces dernières sont moins douloureuses et n'atteignent en tout cas jamais le caractère névralgique intense que peuvent affecter les ulcérations herpétiques.

Ces différences suffiront le plus souvent à caractériser l'herpès lingual récidivant chez les syphilitiques ; si pourtant le diagnostic est douteux, le traitement mercuriel se chargera de trancher la question, car dans l'herpès, il n'aura aucun effet utile sur les lésions alors que, si l'on a affaire à des plaques muqueuses, celles-ci rétrograderont petit à petit par le mercure.

Outre ces différents moyens, depuis la découverte du *tréponema pallidum*, microbe de la syphilis, nous avons l'examen bactériologique qui sera un précieux auxiliaire du diagnostic. Evidemment, le tréponème se rencontre abondamment sur les plaques muqueuses et un raclage de l'ulcération suivi d'un examen ultramicroscopique décèlera la nature syphilitique de la lésion.

Mais il ne faut pas oublier que dans les ulcérations

buccales, on rencontre souvent aussi un autre spirochète, le *spirochaeta refringens* qu'il ne faudra pas confondre avec le tréponème, car il peut très bien se trouver sur les érosions herpétiques : le tréponème est un spirochète dont le corps est cylindrique, long de 6 à 15 μ , large d'environ $1/2 \mu$; il décrit des ondulations régulières, étroites et serrées au nombre de 6 à 12.

Il se termine aux deux extrémités par un flagellum d'une extrême finesse, mais est dépourvu de membrane ondulante. A l'examen ultra-microscopique, il apparaît sous l'aspect d'une spirale très brillante se détachant nettement sur le fond noir du champ microscopique; il est doué de mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal, de déplacement en avant ou en arrière et de mouvements latéraux du corps entier. Il conserve sa disposition spiralée non seulement pendant ses mouvements, mais encore à l'état de repos.

Le *spirochaeta refringens* est plus large que le tréponème; il est aussi plus réfringent, et caractère important : au repos, il n'a pas une disposition spiralée. On distingue assez aisément la différence à l'ultra-microscope.

Il y a une grande importance à faire ce diagnostic, car suivant l'affection, le traitement sera tout à fait différent.

Traitement. — Le traitement de cette affection si énervante n'a pas encore beaucoup de succès et n'est

pas fait pour couvrir de gloire les médecins. Jusqu'à présent aucune thérapeutique n'a pu agir sérieusement de façon à éviter totalement les récives. On peut évidemment traiter les érosions de chaque récive et réduire leur durée de quelques jours, mais c'est à peu de chose près, la seule thérapeutique qu'on puisse faire avec succès.

Il est pourtant des prescriptions que le malade doit suivre pour avoir le moins de chances possible de récive.

Voyons donc d'abord ce qu'un tel malade ne doit pas faire. Avant tout, évidemment, il faut proscrire le plus sévèrement possible toutes les causes qui pourraient être l'origine d'excitation locale.

Le malade doit supprimer complètement le tabac, sous toutes ses formes : aussi bien fumé que prisé et « chiqué » dans la bouche.

L'alcool, les liqueurs, le vin pur doivent être soigneusement évités, car il existe des exemples de buveurs qui sont des herpétiques récidivants.

Quant à l'alimentation, elle ne doit pas comprendre non plus de mets irritants, épicés, faisandés.

Chez les syphilitiques, qui constituent la majorité de nos malades, il faudra s'abstenir de donner du mercure, quel que soit le mode d'administration : car nous savons que ce dernier, non seulement n'a pas d'action curative sur les ulcérations herpétiques, mais au contraire, une action favorisante. Nous en avons de bons exemples dans nos observations.

Néanmoins en cas de nécessité, chez un syphilitique dont les accidents spécifiques acquièrent une importance et une gravité supérieure à celle de l'herpès, on pourra donner le traitement spécifique, mais avec prudence.

A présent, voyons ce qu'il faut ordonner au malade :

On fouillera avec soin dans ses antécédents, pour trouver, s'il a y lieu, quelque vice auquel il est possible d'attribuer la prédisposition à la maladie éruptive : aux sujets lymphatiques, on prescrira de l'huile de foie de morue, les préparations phosphorées ou phosphatées, le traitement par les eaux sulfureuses ou chlorurées ; aux arthritiques les alcalins, les eaux bi-carbonatées sodiques ou alcalines.

Quelques auteurs ont signalé des succès après quelques saisons à Uriage, Luchon, Saint-Gervais Schinznach.

Evidemment, le malade devra observer une hygiène générale sévère.

Voilà pour le traitement général. Quant au traitement local, dans la première période, on donnera quelques gargarismes émollients, et plus tard légèrement astringents.

On touchera les ulcérations à l'aide de substances, telles que le nitrate d'argent au cinquième, l'eau oxygénée au tiers, le bleu de méthylène au dixième.

Malgré tous ces soins rigoureux, on n'a pas pu

observer de guérisons nombreuses et le médecin devant un pareil cas, ne peut promettre au malade une disparition complète des récidives.

CONCLUSIONS

1° L'herpès récidivant de la langue peut être rapproché de l'herpès récidivant progénital, décrit par Doyon et de l'herpès récidivant de la peau, car il arrive que ces formes coexistent et évoluent simultanément, comme nous le voyons dans deux de nos observations.

2° Les sujets qui sont atteints de cette affection, appartiennent en général à la classe des arthritiques; cet arthritisme peut être considéré comme la cause prédisposante de l'herpès récidivant de la langue.

3° Les causes occasionnelles sont toutes d'origine irritante et la principale d'entre elles est la syphilis qui, soit par elle-même, soit par son traitement, constitue une véritable cause d'appel pour les érosions herpétiques : ceci se trouve vérifié par le fait que les 19/20 des individus atteints d'herpès lingual récidivant sont des syphilitiques.

4° Il est d'une importance capitale chez un spécifique de ne pas confondre les lésions herpétiques de la langue avec des plaques muqueuses, car cette

erreur serait préjudiciable au malade : le traitement résultant de cette méprise ne ferait qu'aggraver le mal et ce diagnostic erroné démoraliserait inutilement le malade.

Vu : Le Président
GAUCHER

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BERDAL, Traité pratique des maladies vénériennes.

BEZANÇON, Précis de microbiologie.

DU CASTEL, Herpès récidivants. (*Semaine médicale de Paris*, 26 Décembre 1900).

EPSTEIN, Zoster et herpès facialis et génitalis, (*Viertel, fur Dermat*, 1886 p. 790).

FLATAU, *Deutsch medic. Wochenschr.* 1891, n° 22, p. 731).

FOURNIER, Des ulcérations de la langue. Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques, (*semaine médic.* Paris, 1887. p. 281).

E. GAUCHER, Les herpès. (*Journal de médecine interne*, 1889, p. 528-538 et 548). Traité des maladies de la peau, (tome I) art. Herpès. Précis de Syphiligraphie, (tome II), art. leucoplasie.)

HÉMERY, Leçons du professeur Fournier sur les herpès récidivants de la langue chez les syphilitiques. (*Gazette médic. de Paris*, 18 janvier 1896).

LE QUÉMENT, Usine de Bordeaux, (Contributions à l'étude des herpès récidivants, juillet 1891).

Pratique dermatologique, Art. Herpès et Hydroa.

SABRAZÈS, Annales de la polyclinique de Bordeaux, 1889-91 (p. 188-191).

